

### SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

<b>CÓDIGO FC:</b>	<b>CURSO SOLICITADO:</b>	<b>AÑO 2019</b>
-----------------------	--------------------------	---------------------

#### DATOS PERSONALES

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
NIF./NIE/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: / / Sexo: Hombre  / Mujer   
Domicilio: Calle o Vía \_\_\_\_\_ Nº Esc. Piso Puerta  
Población: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Teléfono: Móvil: \_\_\_\_\_ Fijo: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

#### DATOS PROFESIONALES

Puesto Actual: \_\_\_\_\_ Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_  
S.C.S. / Dir. General / Hospital: \_\_\_\_\_ Unidad: \_\_\_\_\_  
Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha ingreso en la Admón.: / / Fecha ingreso en la Unidad: / /  
Funcionario: de Carrera  / Interino   
Personal Estatutario: Propietario  / Interino  / Eventual   
Personal laboral: Fijo  / Temporal   
Estudios (Especialidad): \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Funciones en el puesto de trabajo (Imprescindible para la selección)

Declaro que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y que a fecha de hoy cumplo con los requisitos exigidos para poder solicitar la asistencia al curso convocado.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

(Firma del Solicitante)

#### NUEVOS REQUISITOS PARA LA OBTENCIÓN DEL CERTIFICADO DE ASISTENCIA. PORCENTAJES DE ASISTENCIA MÍNIMOS ESTABLECIDOS.

- **EN LOS CURSOS ACREDITADOS POR LA CFC:** Se otorgará certificado o diploma a aquellos alumnos/as que cumplan los requisitos de asistencia establecidos en la resolución de cada acción formativa dictada por la citada Comisión.
- **EN LOS CURSOS NO ACREDITADOS POR LA CFC:** 85 % de asistencia mínima en todas las acciones de formación, independientemente de su modalidad formativa y del total de horas lectivas de cada acción.

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES DE CANARIAS

En cumplimiento con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos y garantías de los derechos digitales, el arriba firmante autoriza a la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias a incluir sus datos personales en un fichero informático de esta Entidad para remitirle información de los cursos. Cuando usted desee podrá acceder a sus datos, bien solicitar su rectificación o cancelación, enviando una carta a esta Entidad

- Santa Cruz de Tenerife: C/ José de Zárate y Penichet 4-F – 38001 - Santa Cruz de Tenerife
- Las Palmas de Gran Canaria: C/ Padre José de Sosa, 22 – 35001 – Las Palmas de Gran Canaria